

1 Unser derzeitiges Krankenversicherungssystem in Deutschland wird nicht in der Lage sein,
2 die künftigen Herausforderungen zu bewältigen. Angesichts der demographischen Entwick-
3 lung, des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der erheblichen Unwirtschaftlichkeit des
4 deutschen Gesundheitssystems genügen keine kurzfristigen Maßnahmen – eine grundle-
5 gende tragfähige Reform ist nötig, damit unser Gesundheitswesen weiterhin leistungsfähig
6 ist .

7 Die Bundesregierung ist somit gefordert, im Sommer 2006 ein zukunftsfähiges Reformmodell
8 vorzulegen.

9 Die Junge Union Baden-Württemberg möchte mit dem im folgenden vorgelegten Modell An-
10 reize für die gegenwärtigen Beratungen geben. Unser Ziele sind vor allem mehr Transparenz
11 und Effizienz in das System zu bringen, Verwaltungskosten abzubauen und Sparanreize zu
12 schaffen.

13

14

15 **A) Grundsätzliche Bemerkungen**

16 Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen darf nicht in jeder Hinsicht mit dem Ein-
17 kauf eines beliebigen Konsumgutes gleichgesetzt werden. „Wettbewerb belebt das Geschäft“
18 – in Verbindung mit der Ausgestaltung des Gesundheitssystems ist diese Weisheit mit Vor-
19 sicht zu genießen, da bei Gesundheitsgütern folgende Besonderheiten zu beachten sind:

- 20 1. Der Bedarf nach medizinischen Leistungen ist nicht vorhersagbar. Deshalb ist es
- 21 2. Wird eine Person krank, weist der Bedarf nach Gesundheitsgütern höchste Dringlich-
22 keit auf. Andererseits können Kapazitäten zur medizinischen Versorgung nicht kurz-
23 fristig geschaffen werden. Das Bestehen einer Reservekapazität ist notwendig.
- 24 3. Gesundheitsleistungen können sehr teuer sein.
- 25 4. Ist man krank, kann man in der Regel nicht seinen gewohnten Tätigkeiten nachge-
26 hen.
- 27 5. Krankheit stellt eine menschliche Ausnahmesituation dar, in der im extremsten Fall
28 sogar das Leben auf dem Spiel steht – außer Frage steht, dass in solchen Situatio-
29 nen die Fähigkeit, rationale Entscheidungen zu treffen, eingeschränkt sein kann.
- 30 6. Es fehlt uns an Erfahrung, um eine medizinische Behandlung beurteilen zu können,
31 vor allem bei besonders lebensbedrohenden Krankheiten, die in der Mehrzahl unre-
32 gelmäßig auftreten. Oft lässt sich die Qualität einer Behandlung nicht mal nach der
33 Inanspruchnahme der medizinischen Leistung beurteilen.

34

35 Unter Beachtung dieser Sachverhalte setzen wir uns für ein Gesundheitssystem ein, welches
36 das Sozialstaatsprinzip, das Subsidiaritätsprinzip sowie das Solidarprinzip ebenso in sich

37 vereinigt wie marktwirtschaftliche Elemente und eine Stärkung der Eigenverantwortung des
38 Einzelnen.

39

40 **B) Das Konzept der CDU: Die solidarische Gesundheitsprämie**

41 Vom Grundsatz her unterstützen wir die von CDU und CSU vorgeschlagene Reform der ge-
42 setzlichen Krankenversicherung in Form eines solidarischen Gesundheitsprämienmodells.
43 Dieses Konzept geht uns allerdings nicht weit genug. Verwaltung, Organisation und Mana-
44 gement sowie die Gestaltung des Ausgabenblocks mit entsprechenden Anreizen zur Kos-
45 tenvermeidung sowie zur Durchführung von Präventionsmaßnahmen durch Versicherte wer-
46 den im Konzept von CDU/CSU weitestgehend außer Acht gelassen. Da die Krankenkassen
47 aber hauptsächlich mit einem Ausgabenproblem zu kämpfen haben, ist dieser Bereich von
48 zentraler Bedeutung.

49

50 **C) Grundsätzliche Prinzipien**

- 51 • Eine Umstellung des Gesundheitssystems erfolgt im Sinne der Generationengerech-
52 tigkeit.
- 53 • Jeder Bürger hat ausreichenden Zugang zu medizinischen Leistungen.
- 54 • Der Wettbewerb unter den Leistungserbringern wird gestärkt, um die Qualität der
55 medizinischen Versorgung auch langfristig sicherzustellen. Anreize zur Wirtschaft-
56 lichkeit und Effektivität werden geschaffen.
- 57 • Die Finanzierung erfolgt durch ein Mischsystem, das eine Kombination von individuel-
58 ler Prämie, Steuern und Zuzahlungen umfasst.
- 59 • Leistungen, die im Interesse der Allgemeinheit sind, werden von der Allgemeinheit fi-
60 nanziert, wie z.B. die Finanzierung von Kindern sowie Präventionsmaßnahmen.
- 61 • Um das soziale Gleichgewicht zu gewährleisten, greift für Versicherte mit geringerem
62 Einkommen ein sozialer Ausgleich.
- 63 • Die Eigenverantwortung der Versicherten wird gestärkt.
- 64 • Die Steigerung der Gesundheitskosten wird vom Faktor Arbeit entkoppelt.
- 65 • Die Teilnahme an diesem System ist für jeden Bürger verpflichtend, um eine Grund-
66 versorgung sicherzustellen.

67

68 **D) Die Einnahmenseite**

69 **Die Prämie**

70 Jeder Bürger zahlt eine Prämie, welche sich nach der Höhe der Summe aller Einkünfte rich-
71 tet. Eine dreistufige Gliederung erscheint uns für sinnvoll. 1/3 der Prämie fließt in den Ge-
72 sundheitsfond. 2/3 spart sich der Versicherte auf dem Gesundheitskonto an.

73 Auch Kinder erhalten ihr eigenes persönliches Gesundheitskonto, die Prämien werden durch
74 den Gesundheitsfonds finanziert.

75

76 Die bisher kostenfreie Mitversicherung von Ehepartnern wird abgeschafft. Um ein soziales
77 Gleichgewicht herzustellen, darf die Prämie 7% der Einkünfte eines Versicherten nicht über-
78 schreiten. Ein entstehender Differenzbetrag würde ebenfalls durch den Gesundheitsfonds
79 zur vollen Prämie aufgestockt werden. Sind Ehepartner ohne eigenes Einkommen vorhan-
80 den, werden die gemeinsame Haushaltseinkünfte herangezogen, um ein Überschreiten der
81 Belastungsgrenze zu vermeiden.

82

83 **Das Gesundheitskonto**

84 Diese Prämien werden auf einem sog. *persönlichen Gesundheitskonto* gutgeschrieben, wel-
85 ches von regional eingerichteten Behörden des Gesundheitsministeriums verwaltet wird. Der
86 Staat entscheidet, wie die Gelder am Kapitalmarkt angelegt werden, garantiert aber einen
87 jährlichen Zinssatz in Höhe des Leitzinses der EZB.

88

89 Verstirbt ein Versicherter, wird das auf dem Gesundheitskonto angesparte Kapital dem Ge-
90 sundheitsfonds zugeführt.

91

92 **Der Gesundheitsfonds**

93 Der *Gesundheitsfonds* wird über mehrere Quellen gespeist. Zum einen entrichten die Versi-
94 cherten einen Anteil von einem Drittel ihrer Prämie an den Gesundheitsfond. Darüber hinaus
95 zahlen Arbeitgeber einen festgeschriebenen Arbeitgeberanteil von 6,5% ein.

96 Für diejenigen, die ihre Einkünfte nicht aus Arbeitnehmertätigkeit erzielen, ist die Abführung
97 eines prozentualen Teils ihrer Einkünfte an den Gesundheitsfonds mit entsprechender Bei-
98 tragshöchstgrenze (entsprechend der Beitragsbelastungsgrenze) denkbar.

99

100 Ähnlich wie das Gesundheitskonto wird auch der Gesundheitsfond vom Gesundheitsministe-
101 rium verwaltet und etwaige Überschüsse risikolos am Kapitalmarkt angelegt.

102

103 ***E) Die Selbstverwaltung*¹**

104 Im Rahmen des oben geschilderten Konzeptes kann auf die komplizierte Struktur der Selbst-
105 verwaltung verzichtet werden: Krankenkassen sind nicht mehr notwendig, da eine erhebliche

¹ Die Selbstverwaltung ist vom Staat dazu ermächtigt worden, die medizinische Versorgung in Deutschland sicher zu stellen. Sie besteht aus Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Ärzteschaft in Form der regional organisierten Kassenärztlichen Vereinigungen. Hier werden Kollektivverträge ausgehandelt, sowie die Gesamtvergütung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung vereinbart. Wie der Leistungskatalog im Einzelnen aussieht, entscheidet der gemeinsame Bundesausschuss. Diese Struktur am Leben zu erhalten, kostet Geld, das der Versicherer teuer bezahlt. Allein die Krankenkassen weisen Verwaltungskosten in Höhe von 5,7% auf, von den anderen Einrichtungen ganz zu schweigen.

106 Reduzierung des Verwaltungsaufwandes stattfindet. Das persönliche Gesundheitskonto
107 kann dann direkt vom Gesundheitsministerium verwaltet werden. Eine gesetzlich eingerichte-
108 te unabhängige Organisation setzt den Leistungskatalog sowie die Tarife für ärztliche Hono-
109 rare fest. Damit werden Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der
110 Krankenkassen zu einem großen Teil eingespart und kommen direkt dem Versicherten zu
111 Gute.

112

113 **F) Die Ausgabenseite**

114 Internationale Vergleiche belegen Unwirtschaftlichkeiten des deutschen Gesundheitssys-
115 tems. Wir liegen mit den Gesundheitsausgaben pro Kopf im europäischen Vergleich an der
116 Spitze. Ursächlich dafür können viele Faktoren sein. Entscheidend ist jedoch vor allem die
117 Ausgestaltung der Finanzierung der Leistungen (Versicherte haben bisher nur geringe Anrei-
118 ze, sich effizient zu verhalten, da die GKV bis auf Praxisgebühr, Zuzahlungen und nicht ver-
119 sicherte Leistungen eine Vollversicherung darstellt). Darüber hinaus machen Ineffizienzen
120 wie starre Versorgungsstrukturen mit fehlender Vernetzung und Koordination der Leistungs-
121 anbieter eine ganzheitliche Behandlungskette nahezu unmöglich. Diesen zwei Punkten
122 möchten wir, wie im Folgenden beschrieben, entgegenreten.

123

124 **Finanzierung von Leistungen**

125 Steigende Ausgaben sind neben der demographischen Entwicklung sowie dem medizinisch-
126 technischen Fortschritt vor allem auch Folge einer ineffizienten Verteilung von Ressourcen.
127 Diese Ineffizienz kann eingedämmt werden, indem man das Leistungsspektrum in verschie-
128 dene Bereiche einteilt und dementsprechend finanziert.

129

130 Wir unterscheiden zwischen drei Nachfragebereichen:

- 131 1. kostenintensive stationäre Leistungen / chronische Krankheiten / Prävention
- 132 2. wenig kostenintensive stationäre Leistungen / kostenintensive ambulante Leistungen
- 133 3. wenig kostenintensive ambulante Leistungen / „Wellnessleistungen“

134 Unter Einschätzung des finanziellen Risikos werden die Bereiche unterschiedlich finanziert.

135

136 Der *erste Nachfragebereich* wird am wenigsten durch ineffizientes Verhalten von Patienten
137 belastet, da bei schweren Krankheiten ein Krankenhausaufenthalt sowie Leistungen zur Hei-
138 lung oder Linderung chronischer Krankheiten unvermeidbar sind. Die Verfügbarkeit von Res-
139 sourcen in diesem Bereich ist sehr wichtig. Außerdem können die Kosten für eine solche
140 Behandlung für einzelne Personen ruinös hoch sein.

141 Prävention ist ein wichtiges Instrument, um schweren Krankheiten und damit aufkommenden
142 Kosten vorzubeugen. Die hier notwendigen regelmäßigen Arztbesuche dürfen den Versi-

143 cherten finanziell nicht belasten, um ein Anreiz zu schaffen, präventiv vorzusorgen. So er-
144 scheint es sinnvoll, anfallende Kosten aus diesem Bereich vollständig durch den Gesund-
145 heitsfond sicherzustellen. Welche Präventionsmaßnahmen dies sind, wird im Leistungskata-
146 log festgesetzt (z.B. Vorsorgeuntersuchungen). Darüber hinausgehende Präventionsmaß-
147 nahmen (z.B. sportliche Aktivitäten) sollten nicht in diesen Bereich fallen.

148

149 Der zweite und dritte Nachfragebereich wird durch das angesparte und verzinst Guthaben
150 des persönlichen Gesundheitskontos abgedeckt.

151 Ineffizientes Verhalten der Versicherten im *zweiten Nachfragebereich* ist höher als im ersten
152 Bereich, wobei hier eher kein potentiell ruinöses Risiko besteht. Trotz allem muss sicherge-
153 stellt sein, dass Versicherte stets Zugang zu kostenintensiven ambulanten Behandlungen
154 und wenig kostenintensiven stationären Behandlungen haben. Das schwer, sicherzustellen,
155 dass im Falle einer Erkrankung ausreichend Kapital zur Finanzierung der Behandlung zur
156 Verfügung steht. Gesundheitskonto löst dieses Problem auf, indem Behandlungen von die-
157 sem Konto bezahlt werden.

158

159 Der *dritte Nachfragebereich* ist durch hohe Ineffizienz gekennzeichnet – oft werden Well-
160 ness-Dienstleistungen, Kuren und wenig kostenintensive ambulante Behandlungen unver-
161 hältnismäßig oft in Anspruch genommen. Deshalb erscheint eine vollständige Finanzierung
162 dieses Bereiches über das Gesundheitskonto nicht sinnvoll. Daher werden die in Anspruch
163 genommenen Leistungen dieses Bereiches durch Zuzahlungen in Höhe von 10% der Kosten
164 vom Patient selbst übernommen. So kann auch einer Mißbrauchsgefahr entgegengewirkt
165 werden.

166

167 Ein ähnlich ausgestaltetes System kann auch die Ausgaben für Arzneimittel regulieren.

168

169 Reicht das Geld auf dem Gesundheitskonto für medizinische Leistungen nicht mehr aus, so
170 kann der Versicherte zusätzliches Kapital vom Gesundheitsfond beantragen, welches ent-
171 sprechend der persönlichen Einkommens- und Lebensverhältnisse (ähnlich der Sozialhilfe)
172 zinsgünstig, zinsfrei oder als Solidarleistung ausbezahlt wird.

173

174 Das Gesundheitskonto sowie der Gesundheitsfonds garantieren eine ausreichende Verfüg-
175 barkeit von Kapital zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Im gleichen Zug
176 wird ein höheres Kostenbewusstsein beim Patienten in Bezug auf die Häufigkeit der Behand-
177 lung bzw. die Kosten pro Behandlung erreicht, indem er anfallende Kosten aus dem ersten
178 und zweiten Bereich von seinem Gesundheitskonto bezahlt. Der Zugang zu medizinischen
179 Gütern im Falle schwerer und chronischer Krankheiten ist durch den Gesundheitsfonds ge-

180 wahrleistet. Anreize zur Prävention werden dadurch gesetzt, dass die hier anfallenden Kos-
181 ten vollständig vom Gesundheitspool übernommen werden.

182

183 Die Bezahlung bestimmter Leistungen vom individuellen Gesundheitskonto bietet den Vor-
184 teil, dass Patienten bewusster wird, wie viel Behandlungen kosten und so zu mehr Eigenver-
185 antwortung gezwungen werden. Insgesamt kann man davon ausgehen, dass in einem sol-
186 chen System ein höheres Maß an Prävention betrieben wird. Aus rational ökonomischen
187 Gesichtspunkten ist dies sinnvoll, da die Individuen an den Kosten einer Erkrankung direkt
188 oder indirekt beteiligt werden.

189

190 **Elektronische Krankenkarte / Managed Care**

191 Die Versorgung von Kranken findet in Deutschland in den Sektoren haus- und fachärztliche
192 Versorgung, Krankenhäuser und Rehabilitationswesen statt. Die sich dadurch ergebenden
193 Schnittstellen erfordern die Weitergabe von Informationen wie z.B. Befunde, was oft nicht
194 gelingt. Dies führt zu Mehrfachuntersuchungen, die erhebliche Kosten verursachen, und zu
195 einer Unterversorgung chronisch kranker Patienten, die aus der mangelnden Verzahnung
196 des ambulanten und stationären Sektors resultiert.

197 Die Vergabe einer elektronischen Krankenkarte sowie die Anwendung von Managed Care
198 als Ausbau der Integrierten Versorgung sollen dieser Ineffizienz entgegenwirken.

199

200 Managed Care im Allgemeinen bedeutet die Anwendung von Managementprinzipien im Ge-
201 sundheitswesen mit dem Ziel, Kosten zu senken und gleichzeitig die Qualität zu steigern. Ein
202 Netz aus sektoren- und facharztübergreifender Versorgung unter Einbeziehung von Klinik,
203 ambulanter und stationärer Rehabilitation und Apotheke schließt mit einer regionalen Behör-
204 de des Gesundheitsministeriums einen Vertrag ab, der die Versorgung aller Patienten dieser
205 Region hinsichtlich eines bestimmten Versorgungsspektrums sicherstellt. Alle im Netz zu-
206 sammengeschlossenen Leistungserbringer müssen so ausgerüstet sein, dass ein sicherer
207 elektronischer Datenaustausch untereinander gewährleistet ist. Die einzelnen Akteure arbei-
208 ten Hand in Hand, um die Versorgung zu optimieren.

209

210 Charakterisierend für Managed Care ist das Fall-Management. Man unterscheidet zwischen
211 dem sog. Case-Management (Koordination und Steuerung des einzelnen Falles) und dem
212 Disease-Management (Patientenkollektive). Die Koordination der Behandlung erfolgt unter
213 Einbezug von Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege. Dadurch und
214 durch die Datentransparenz ist es möglich, neue Versorgungsformen zu berechnen und so
215 verbindliche Behandlungsrichtlinien zu erstellen und ständig zu optimieren.